

15 JUL 2000



PHYSICIAN SHORTAGES IN COMMUNITY HOSPITALS

KHONGDEJ LEETHOCHAWALIT

๓

อธิษฐานทนาย
จาก
โครงการวิจัย ม.มหิดล

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENT FOR
THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY
(MEDICAL AND HEALTH SOCIAL SCIENCES)
FACULTY OF GRADUATE STUDIES
MAHIDOL UNIVERSITY**

2000

ISBN 974-663-857-2

COPYRIGHT OF MAHIDOL UNIVERSITY

TH
Kaop
2000

Copyright by Mahidol University

44830 c.2

3837365 SHMS/D: MAJOR : MEDICAL AND HEALTH SOCIAL SCIENCE: Ph.D.

KEY WORDS : PHYSICIAN/ PHYSICIAN SHORTAGE/ COMMUNITY HOSPITALS

KHONGDEJ LEETHOCHAWALIT: PHYSICIAN SHORTAGES IN COMMUNITY HOSPITALS ADVISORS: SUPHOT DENDOUNG Ph.D., PREECHA UPPAYOKIN Ph.D., PIMPAWUN BOONMONGKOL Ph.D., VICHAI CHOKEVIVAT M.D., MPH. (TULAN), 302 P. ISBN 974-663-857-2.

This study is a documentary research in historical domain to examine the socio-politic contexts of the physician shortage in community hospitals in Thailand and to propose new effective strategies besides the former ineffective ones used for a long time.

The results showed that Thailand has been developed to be a capitalistic state since the 1932 revolution. Past governments were not stable because of many revolutions. They paid more attention to economic policy that could benefit their capital than the public policy such as public health policy. They left government officials in the MOPH being the health policies makers. For these reasons, the health policies were directionless and incoordinate. Many National Health Development Policies were only policies to develop the MOPH. Several strategies written in the plan show incoordination, such as policy to produce the physicians and the Rural Recruitment and Training Project that was not continual although it was partially effective. The policy of allocating new physicians to rural areas did not change and the problem remained

Furthermore, the medical profession dominated in policy making and affected the direction of public health policy directly. The policies used did not interfere with their existing medical system such as using newly graduated physicians in community hospitals. Furthermore, physicians in treatment model who were specialists dominated health policies in the MOPH. This affected the structure and regulation of the MOPH that supported specialists in large health facilities more than GPs in community hospitals. The MOPH supported an insensible brain drain from community hospitals by setting a quota for residency training for all physicians yearly. By undistinguished MOPH rules for incentive payment, the gap between community hospitals and large hospitals was more widened. These led to migration of rural physicians to urban areas and made a shortage in rural areas.

The most important factors were domination of medical professions all over the state and the MOPH policies. The medical associations could debate and direct state and MOPH policies such as production of junior doctors, establishment of new medical schools, promotion of specialist training. The medical associations also affected most physicians' favored specialists. They wanted to be specialists, not GPs to practice in community hospitals and this led to rural physician shortage.

All these factors show that the medical profession had dominated the health policies for a long time and had to be changed. The domination of medical professions must be overturned to balance the medical system and solve maldistribution of physicians in rural areas and community hospitals.

3837365 SHMS/D: สาขาวิชา: สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข: ศศ.ด.

(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

คงเดช ลีโทชวลิต : การขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน (PHYSICIAN SHORTAGES IN COMMUNITY HOSPITALS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : สุพจน์ เค่นดวง Ph.D., ปรีชา อุปโยคิน Ph.D., พิมพัลย์ บุญมงคล Ph.D., วิชัย โชควิวัฒน์ พบ. MPH.(Tulan), 302 หน้า, ISBN 974-663-857-2

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเอกสารเชิงประวัติศาสตร์เพื่อวิเคราะห์บริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย

ผลการวิจัยพบว่า การขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนนั้นเกิดจากการที่วิชาชีพแพทย์ได้แก่ ระบบวิชาชีพเฉพาะทาง องค์กรวิชาชีพ เช่น แพทยสภา สมาคมวิชาชีพแพทย์เฉพาะทางต่างๆ สามารถเข้าไปมีบทบาทเหนือนโยบายด้านสุขภาพทั้งของรัฐ กระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งมีบทบาทเหนือระบบวิชาชีพด้วยกัน โดยวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีความเป็นอิสระในการควบคุมกันเองภายในวิชาชีพปราศจากการคั่งรอกจากภายนอก วิชาชีพแพทย์มีบทบาทเหนือนโยบายของรัฐเนื่องจากการพัฒนาประเทศตามแนวทางทุนนิยมทำให้รัฐบาลไม่สนใจที่จะจัดคน นโยบายสุขภาพด้วยตนเองเนื่องจากเป็นนโยบายที่ไม่เอื้อต่อการสะสมทุน ดังนั้นรัฐบาลที่ผ่านมาจึงปล่อยให้ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขซึ่งส่วนใหญ่เป็นวิชาชีพแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบนโยบายด้านสุขภาพ และจากการที่ผู้บริหารส่วนใหญ่เป็นวิชาชีพแพทย์ส่งผลให้นโยบายสุขภาพ โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข และกฎระเบียบต่างๆ เน้นด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าด้านการป้องกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงสร้างการรักษาพยาบาลโดยแพทย์เฉพาะทาง กฎระเบียบต่างๆ การส่งเสริมการศึกษา แพทย์เฉพาะทาง เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้แพทย์เคลื่อนย้ายจากชนบทมาสู่เมือง และไม่ยอมอยู่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชนจนกระทั่งเกิดการขาดแคลน

การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จำเป็นต้องมีการถ่วงดุลของโครงสร้างและบทบาทของวิชาชีพแพทย์ในด้านต่างๆ ตั้งแต่ต้นนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ โครงสร้างของการบริหาร การบริการ การรับคนเข้าศึกษาแพทย์ การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์จนกระทั่งการจัดระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม